

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Octobre 2017

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :
Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.
Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.
Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations	
A	**Preuve scientifique établie** Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	**Présomption scientifique** Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	**Faible niveau de preuve** Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	**Accord d'experts** En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service Communication – Information
5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été adopté par le Collège de la Haute Autorité de Santé en Octobre 2017

Sommaire

Abréviations et acronymes

ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
AMM	Autorisation de mise sur le marché
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
BDI	*Beck Depression Inventory :* Inventaire de dépression de Beck
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
DSM-	Classification *Diagnostic and statistical manual*
GDS	*Geriatric Depression Scale* : Échelle de dépression gériatrique
HADS	*Hospital and Anxiety Depression Scale*
HDRS	*Hamilton Depression Rating Scale* : Échelle de dépression de Hamilton
MADRS	*Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* : Échelle de dépression de *Montgomery and Asberg*
EDC	Épisode dépressif caractérisé
EPDS	*Edinburgh postnatal depression scale* : Échelle de dépression post-natale d’Edimbourg
HAS	Haute Autorité de Santé
IMAO	Inhibiteur de la mono-amine oxydase (MAO), sélectif ou non de la MAO-A
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
IRSN	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
OMS	Organisation mondiale de la santé
RBP	Recommandations de bonne pratique
PHQ-	*Patient Health Questionnaire-*
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

Préambule

Contexte d'élaboration

Le projet d'actualisation de la recommandation de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire », publiée par l'Anaes en 2002, est une autosaisine de la HAS. La demande initiale de recommandations émanait des Caisses nationales d'assurance maladie. Cette actualisation entre dans le cadre du Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) et du plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Objectifs de la recommandation

Les objectifs d'amélioration de la pratique sont :

- mieux identifier les patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé isolé[1] ;
- prévenir le risque suicidaire et obtenir un impact positif sur les souffrances psychiques des patients ayant un épisode dépressif caractérisé ;
- améliorer la qualité de vie et le handicap des patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé au travers de stratégies de prise en charge qui précisent la place des différents moyens thérapeutiques.

Patients concernés

Les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé isolé.

Sont exclus du thème traité :
- les dépressions de l'enfant et de l'adolescent ;
- les épisodes dépressifs liés à un trouble organique, les dépressions réactionnelles ;
- les troubles de l'adaptation et du stress ;
- les épisodes psychiatriques antérieurs ou coexistants (troubles bipolaires, signes psychotiques) ;
- dépressions récidivantes (trouble dépressif récurrent), les symptômes résiduels de dépression, les dépressions chroniques ou résistantes.

Professionnels concernés

Cette recommandation est principalement destinée aux médecins généralistes, médecins gériatres, médecins du travail et autres professionnels de santé de premiers recours. Elle s'adresse également aux autres professionnels impliqués dans la prise en charge des adultes ayant un épisode dépressif caractérisé, notamment : psychiatres, psychologues cliniciens, psychothérapeutes, infirmiers, etc.

Bien que ce document ne détaille pas leurs pratiques spécifiques, cette recommandation peut également être utile à tous professionnels de santé et travailleurs sociaux (assistantes sociales, etc.) concernés par le thème, notamment dans la mesure où ils participent à la mise en œuvre des traitements non médicamenteux, à l'éducation thérapeutique du patient et au maintien de ses activités sociales et professionnelles.

[1] Cf. paragraphe 1.2 Diagnostic différentiel.

Recommandations

1. Diagnostic

1.1 Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique.

La classification de référence est la CIM-10 de l'OMS (cf. encadré 1). Une autre classification est utilisée en clinique et à des fins de recherche : le DSM-5 (cf. annexe 1).

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de 2 semaines, et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours ;
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial) ;
- induire une détresse significative.

Encadré 1. Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10*

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes principaux suivants :

(1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ;
(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
(3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins deux des symptômes suivants :

(1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;
(2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;
(3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;
(4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observées par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;
(5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;
(6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
(7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

* Cf. Tableau 1 pour les critères définissant le niveau d'intensité (sévérité) de l'épisode dépressif caractérisé.

Un EDC peut également se manifester par des expressions somatiques (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) et des troubles de la sexualité.

Certains symptômes peuvent avoir une expression différente selon les cultures et les croyances.

Le deuil

Le deuil n'est pas considéré comme étant un épisode dépressif caractérisé.

L'état de deuil est une réaction d'adaptation à une perte significative qui ne doit pas être considéré comme un état pathologique.

Cependant, le deuil peut parfois se compliquer par un épisode dépressif caractérisé et comporter alors un risque suicidaire.

Chez le sujet âgé

Chez le sujet âgé, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé est souvent difficile en raison de plaintes somatiques ou de troubles cognitifs au premier plan.

Devant tout trouble cognitif chez une personne âgée, il est recommandé de se poser la question d'un état dépressif sous-jacent responsable de la symptomatologie.

Un épisode dépressif caractérisé peut également inaugurer ou être secondaire à une maladie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.).

Tout épisode dépressif caractérisé chez le sujet âgé comporte un risque suicidaire élevé.

1.2 Diagnostic différentiel

Les diagnostics différentiels d'un épisode dépressif caractérisé sont :

- d'autres troubles psychiatriques dont :
  - le trouble bipolaire[2],
  - le trouble dépressif persistant (ex. : dysthymie[3]) ou récurrent (ex. : épisode dépressif saisonnier), le trouble dépressif non spécifié[4],
  - les troubles de l'adaptation[5],
  - les troubles anxieux (le trouble anxieux généralisé, un état de stress post-traumatique par exemple),
  - les troubles schizophréniques (dont le trouble schizo-affectif, le trouble schizophréniforme), les troubles délirants,
  - les troubles somatoformes, les troubles de conduite alimentaire,
  - les troubles de la personnalité.
- l'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de certains médicaments, ainsi que la polymédication chez le sujet âgé ;
- l'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac) ;
- d'autres maladies somatiques, notamment : hypothyroïdie, maladies neurodégénératives.

Les abus et la dépendance aux substances psychoactives peuvent être également une comorbidité.

[2] Cf. fiche mémo de la HAS : « Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours »

[3] Dysthymie : caractérisée par un affaissement de l'humeur, une dysphorie, marquée par une chronicité d'au moins 1 an ou 2 ans et par une sévérité insuffisante pour compléter les critères de l'épisode dépressif caractérisé (entre deux et six signes en dehors des idées suicidaires et du sentiment de culpabilité).

[4] Trouble dépressif non spécifié se caractérise par les patients avec des symptômes dépressifs qui ne complètent pas les critères d'un épisode dépressif caractérisé (moins de cinq symptômes ou d'une durée de moins de 2 semaines).

[5] Troubles de l'adaptation survenant dans les 3 mois suivant l'exposition à un stress, marqués par une humeur dépressive ou une symptomatologie anxio-dépressive excessive comparativement à une réaction « normale », associés à une altération du fonctionnement, mais ne présentant ni l'intensité ni suffisamment de critères pour constituer un épisode dépressif caractérisé.

1.3 Évaluation initiale de l’épisode dépressif caractérisé

Il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l‘existence d’une maladie associée et d’effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen.

1.3.1 Entretien clinique

► Évaluation de l’épisode dépressif caractérisé actuel

Pour le bilan initial de l’épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les éléments suivants :

- le risque suicidaire ;
- un trouble psychiatrique associé, notamment parmi les troubles anxieux ; une auto- ou hétéro-agressivité ;
- une diminution des fonctions sensorielles, physiques ou cognitives (notamment pour les patients âgés ou ayant subi un traumatisme crânien) ;
- l’existence de maltraitance actuelle physique, psychique, verbale ou sexuelle ;
- des expressions somatiques des états dépressifs (ex. : algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées) ;
- des troubles de la sexualité ;
- des facteurs de risques psycho-sociaux :
  - un deuil récent, la perte de relations personnelles significatives, de systèmes de soutien ou d’un statut économique, une souffrance liée au travail, des problèmes de logement, de chômage, d’instabilité financière, une situation de précarité, etc.,
  - un rôle prolongé en tant qu’aidant pour un membre de sa famille ayant une maladie chronique invalidante.

Il est nécessaire d’évaluer la durée et l’intensité du facteur de risque et la possibilité d’une amélioration spontanée.

► Évaluation des antécédents personnels et familiaux

En cas de suspicion d’épisode dépressif caractérisé, il est recommandé de rechercher les antécédents suivants lors du bilan initial :

- les antécédents psychiatriques (les antécédents de tentatives de suicide, les antécédents des épisodes maniaques ou hypomaniaques, ou les antécédents d’EDC antérieurs) ;
- une addiction ou un sevrage à l’alcool, au tabac, aux hypnotiques et aux anxiolytiques, aux substances psychoactives, qui peuvent mimer ou induire la dépression ;
- les antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les antécédents d’hospitalisation ;
- les antécédents de maltraitance (verbale, physique, psychique et sexuelle) ou traumatismes physiques ou psychologiques ;
- les antécédents personnels incluant :
  - les antécédents de fonctionnement social du patient et de soutien social,
  - les antécédents professionnels,
  - le développement psychologique,
  - les réponses du patient aux événements importants de la vie ;
- les traitements médicamenteux, y compris les médicaments en vente libre, les produits de phytothérapie.

Il est recommandé de recueillir, si nécessaire, les informations complémentaires auprès de la famille ou des amis, avec l'accord du patient.

► Évaluation des ressources

Il convient également de :

- établir les ressources et les soutiens d'aides disponibles pour le patient ;
- évaluer le fonctionnement socio-professionnel, personnel et familial ; les conditions de vie, le degré d'isolement social et familial ; le contexte culturel des patients ;
- évaluer les incapacités professionnelles, sociales et familiales : une décision d'arrêt de travail, ou d'aménagement des horaires de travail, la mise en place d'aides sociales, dépendent de cette évaluation ;
- recueillir si nécessaire les informations complémentaires auprès de l'entourage avec l'accord du patient.

1.3.2 Outils d'aide au diagnostic

Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic qui doivent être soumis au jugement du clinicien, notamment (cf. annexe 2)[6] :

- PHQ-2 ou PHQ-9 : le PHQ est un auto-questionnaire qui a l'avantage de disposer de deux formes, PHQ-2 et PHQ-9. Le PHQ-2 peut être utilisé comme outil d'aide au repérage d'une dépression caractérisée. Si le score du PHQ-2 est ≥ 2, il peut être complété par le PHQ-9 pour en améliorer la spécificité ;
- BDI-II (*Beck Depression Inventory)* chez l'adulte : le BDI-II est un auto-questionnaire qui peut être une aide pour identifier un épisode dépressif caractérisé ;
- HADS : l'échelle *Hospital and Anxiety Depression Scale* peut présenter un intérêt chez les patients qui ont des comorbidités somatiques ;
- HDRS : l'utilisation d'une échelle comme l'*Hamilton Depression Rating Scale* peut, de par sa répétition dans le temps, être envisagée comme outil de réévaluation ;
- GDS-15 : chez le sujet âgé, le GDS-15 est une échelle utilisée malgré son faible niveau de preuve. Il est recommandé de faire un test *Mini-Mental State Examination (MMSE)* pour explorer les capacités cognitives du sujet âgé.

Pour certains patients, l'appropriation du diagnostic de dépression peut être aidée par l'utilisation d'un auto-questionnaire.

1.4 Évaluation de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé

1.4.1 Définition

Il est recommandé de qualifier la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé selon les critères diagnostiques du CIM-10 et du DSM-5 qui proposent trois niveaux : léger, modéré ou sévère, selon le nombre et l'intensité des symptômes et le degré de dysfonctionnement du patient dans les activités sociales, professionnelles résultant de l'épisode dépressif.

[6] BDI-II et HDRS sont des tests d'évaluation d'une dépression inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Tableau 1. Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère.

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	Deux symptômes dépressifs principaux et deux autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes). Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	Deux symptômes dépressifs principaux et trois à quatre autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	Trois symptômes dépressifs principaux et au moins quatre autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple, difficultés considérables, voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales.

Un épisode dépressif caractérisé, d'autant plus s'il est sévère, peut comporter :

- des idées suicidaires (planifications, intentions ou tentative) ;
- des symptômes psychotiques (hallucination, délire) qui sont plus fréquemment congruents à l'humeur ;
- une incapacité à maintenir les activités quotidiennes : hygiène corporelle, alimentation, etc.

1.4.2 Outils disponibles

L'évaluation de la sévérité repose sur le jugement du clinicien. Les outils d'évaluation standardisés ne sont que de simples aides, tant pour le diagnostic que pour le suivi du patient.

Ces outils sont[7] :

- PHQ-9 : *Patient Health Questionnaire 9* ;
- HDRS : *Hamilton Depression Rating Scale* ;
- BDI-II : *Beck Depression Inventory-II* ;
- MADRS : *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*.

[7] HDRS, BDI-II et MADRS sont des tests d'évaluation d'une dépression inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

1.5 Risque suicidaire

1.5.1 Évaluation du risque suicidaire

Le risque suicidaire, majeur dans les EDC, est évalué lors du bilan initial et réévalué régulièrement au cours de la prise en charge.

Le patient doit être questionné sur ses pensées suicidaires, avec tact, dans un climat de confiance ; ce questionnement ne renforçant pas le risque suicidaire.

L'évaluation des idées et des intentions suicidaires doit inclure les éléments suivants :

- le début, la durée, l'intensité, la fréquence de ces idées suicidaires ;
- l'imminence du passage à l'acte ;
- les comportements préparatoires à la concrétisation du passage à l'acte et de ses conséquences ;
- la recherche et l'accès à des moyens létaux.

Il est recommandé de tenir compte :

- du contexte socio-environnemental et culturel ;
- d'une situation d'instabilité ou de survenue d'événements de vie particuliers ;
- de désinsertion ou de solitude ;
- d'un entourage proche pathogène, voire une ambiance de contagiosité suicidaire.

Il est également recommandé de rechercher la présence de facteurs de protection (raisons positives de vivre, soutien social fort).

Le médecin, avec l'accord du patient, peut obtenir des informations auprès des membres de la famille, des autres professionnels de santé.

Des exemples de questions à poser au patient pour évaluer l'intention suicidaire sont proposés en annexe 3.

Les facteurs de risque suicidaires à rechercher sont présentés dans le tableau ci-dessous. Aucun signe n'est spécifique pris isolément, mais leur association peut être significative. Une modification inexpliquée du comportement habituel doit alerter et conduire à suspecter l'existence d'une crise suicidaire.

Tableau 2. Facteurs de risque suicidaire

Facteurs psychosociaux	Antécédents	Caractéristiques cliniques
• Solitude, isolement, précarité • Sexe masculin • Personne âgée ou jeune âge (< 30 ans) • Perte récente (décès, divorce, métier, situation sociale) • Autres facteurs de stress • Appartenance à une minorité sexuelle • Absence de facteurs protecteurs, manque de soutiens • Certaines professions (cumulant les risques psychosociaux et l'accès à des moyens létaux)	• Actes impulsifs et/ou de violence • Tentative de suicide, d'automutilation • Antécédent familial de suicide ou de pathologie mentale	• Impulsivité • Dépression sévère • Désespoir, absence de désir de continuer • Douleur psychique • Psychose • Troubles de la personnalité • Anxiété sévère, agitation, attaque de panique • Baisse de l'estime de soi • Abus de substances psychoactives, ou sevrage • Maladie somatique invalidante associée, présence de symptômes physiques (douleur chronique, insomnie, limitation fonctionnelle)

L'élément de dangerosité lié à l'accumulation de facteurs de risque, notamment l'âge (> 75 ans) est à prendre en compte.

1.5.2 Évaluation du degré d'urgence suicidaire

Il est recommandé une évaluation de la crise suicidaire et de son degré d'urgence[8].

Tableau 3. Degrés d'urgence suicidaire

Risque suicidaire faible	Risque suicidaire modéré	Risque suicidaire élevé (urgence)
Le patient en crise : • est dans une relation de confiance établie avec le praticien ; • désire parler et est à la recherche de communication • cherche des solutions à ses problèmes ; • pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; • pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; • n'est pas anormalement troublé, mais psychologiquement souffrant.	Le patient en crise : • envisage le suicide et son intention est claire ; • a envisagé un scénario suicidaire, mais dont l'exécution est reportée ; • ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; • présente un équilibre émotionnel fragile ; • a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; • est isolé.	Le patient en crise : • est décidé : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; • est coupé de ses émotions : il rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; • se sent complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; • a une douleur et une expression de la souffrance omniprésentes ou complètement tues ; • a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; • a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; • est très isolé.

[8] Cf. Conférence de consensus de l'ANAES : « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge »

1.5.3 Prise en charge du risque suicidaire

En cas de risque suicidaire, le clinicien doit s'assurer de mettre en place l'aide adéquate correspondant au degré de risque suicidaire.

Il est recommandé, devant un risque suicidaire, de :

- fixer un rendez-vous proche pour une nouvelle consultation ;
- limiter l'accès aux moyens létaux envisagés par le patient ;
- évaluer si la personne dispose d'une aide sociale adéquate et fiable (identifier la personne soutien) ;
- conseiller à la personne de chercher de l'aide si la situation se détériore ;
- transmettre à la personne suicidaire les coordonnées des ressources locales qui pourraient lui venir en aide et l'accompagner ;
- avec l'accord de la personne suicidaire, communiquer avec la famille ou les proches pour s'assurer qu'ils savent où trouver rapidement de l'aide en cas de besoin ;
- conseiller à la famille et les aidants du patient d'être vigilants vis-à-vis de :
  - une modification de l'humeur,
  - la présence de pensées négatives,
  - le désespoir,
  - des idées et des plans suicidaires ;
- prendre en compte la toxicité d'un surdosage volontaire des médicaments prescrits. Si besoin, limiter la quantité de médicament disponible ;
- tenir compte du risque pour les autres, en particulier du risque de négligence et de violence envers les personnes à charge et l'entourage (s'enquérir d'antécédents de violence, d'idées, de plans et d'intentions d'homicide).

Le risque suicidaire élevé est une urgence : l'hospitalisation est recommandée, et, si nécessaire, sans le consentement du patient[9].

En cas de risque suicidaire modéré, la décision est à prendre au cas par cas : soit hospitalisation, soit un suivi renforcé tel que des contacts directs ou par téléphone plus fréquents, ou un recours à un avis psychiatrique.

En cas de risque suicidaire faible, il est recommandé de rester vigilant et de réévaluer le niveau d'urgence.

1.6 Indications d'une hospitalisation

Il est recommandé d'envisager une hospitalisation soit d'emblée, soit au cours de l'évolution, devant les situations suivantes :

- patient avec un scénario suicidaire construit imminent ;
- patient avec un risque immédiat d'automutilation ;
- patient avec un potentiel de violence ;
- certaines formes sévères de dépression, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés ;
- présence d'une forte agitation anxieuse avec manque de contrôle émotionnel ou impulsivité ;
- sevrage de substance psychoactive ;
- à chaque fois qu'une situation particulière l'exige.

Si la personne a besoin d'être admise à l'hôpital, tous les efforts doivent être mis en œuvre pour obtenir son consentement.

[9] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 :
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20110706&numTexte=1&pageDebut=11705&pageFin=11718 ;
Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 :
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/9/27/AFSX1317654L/jo/texte

Si l'hospitalisation est refusée, il est recommandé de recourir aux dispositions légales relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge[9].

2. Prise en charge thérapeutique et suivi

2.1 Alliance thérapeutique et information du patient

► Construction de l'alliance thérapeutique

Il est recommandé de :

- développer une attitude de compréhension, d'empathie, de confiance, de soutien, d'écoute et d'information ;
- rassurer le patient sur le fait que tout problème qui surviendra au cours du traitement sera pris en compte de façon appropriée.

Ceci implique de disposer d'un temps suffisant et d'un cadre adapté, d'où l'intérêt de prévoir des consultations dédiées.

Cette relation de confiance a pour objectif de favoriser la participation active du patient au traitement, en particulier sa compréhension (cf. annexe 4).

► Information du patient

Au terme de l'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé, il est recommandé :

- d'informer le patient sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques du traitement et les effets indésirables éventuels, et, si nécessaire ou utile, d'informer l'entourage du patient avec son accord ;
- d'établir avec le patient un projet thérapeutique afin d'éviter les abandons de traitement ;
- de réévaluer régulièrement le projet thérapeutique, et le réajuster si nécessaire.

2.2 Suivi et conseils de mode de vie

Il est recommandé de réaliser un suivi somatique pour surveiller l'apparition d'une éventuelle comorbidité, de la prise d'un toxique ou d'une automédication. Selon le traitement psychotrope, il est recommandé de prendre en compte les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, et inciter à l'adhésion au traitement.

Il est recommandé de prodiguer des conseils de mode de vie après avoir établi une alliance thérapeutique :

- respecter le rythme nycthéméral ;
- pratiquer une activité physique régulière ;
- éviter la consommation d'alcool et autres substances toxiques ;
- encourager une activité sociale régulière ;
- poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.

2.3 Stratégie de prise en charge thérapeutique

2.3.1 Principes généraux

La stratégie de prise en charge thérapeutique de l'EDC de l'adulte proposée (cf. figures 1 et 2) est définie en fonction des psychothérapies et des traitements antidépresseurs présentés respectivement dans les paragraphes 2.4 Psychothérapie et 2.5 Traitement antidépresseur.

La décision du traitement doit se faire en concertation avec le patient, selon ses préférences et l'accessibilité à une psychothérapie.

Il est nécessaire d'aborder tout trouble dépressif sans délai dans sa dimension relationnelle. Avant toute prescription médicamenteuse, la consultation du médecin est l'acte thérapeutique initial.

La prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé comporte deux phases :

- la phase aiguë (traitement d'attaque), dont l'objectif est la rémission complète des symptômes ;
- la phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir la rechute de l'épisode.

Le traitement médicamenteux ne se substitue pas à la psychothérapie. Après évaluation, un traitement antidépresseur peut être prescrit dès la première consultation si l'intensité du tableau clinique le nécessite.

Il est recommandé d'effectuer un suivi rapproché du patient dès le début de la prise en charge ; la fréquence des consultations nécessaires est laissée à l'appréciation du clinicien.

Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter :

- les symptômes dépressifs subsyndromiques : symptômes en nombre insuffisant pour remplir les critères d'un EDC ou symptômes d'intensité sévère mais d'une durée inférieure à 2 semaines (selon la CIM-10 ou le DSM-5) ;
- les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère (selon la CIM-10 ou le DSM-5).

2.3.1 Stratégie thérapeutique selon l'intensité de l'EDC

En cas de symptômes dépressifs subsyndromiques, il est recommandé d'effectuer un suivi du patient, voire une psychothérapie de soutien.

► EDC d'intensité légère

Il est recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie de soutien. En fonction des préférences du patient ou des compétences du médecin généraliste, ce dernier peut également orienter le patient vers un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute pour avis thérapeutique ou suivi.

L'efficacité de la prise en charge sera évaluée après 4 à 8 semaines :

- en cas de rémission partielle, il est recommandé de poursuivre la psychothérapie de soutien ;
- en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, il est recommandé de réévaluer le diagnostic et d'envisager un EDC d'intensité modérée.

► EDC d'intensité modérée

Une psychothérapie de soutien ou structurée doit être envisagée en priorité. L'indication et le choix de cette psychothérapie reposent sur de nombreux facteurs, parmi lesquels :

- la nature des symptômes et du fonctionnement psychique ;
- les préférences du patient, sa culture, ses croyances, ses expériences antérieures ;
- la disponibilité et l'engagement du thérapeute.

En fonction des préférences du patient ou des compétences du médecin généraliste, ce dernier peut également orienter le patient vers un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute pour avis thérapeutique ou suivi.

Selon l'impression clinique du praticien ou le choix du patient, un antidépresseur peut être associé à la psychothérapie.

L’efficacité de la prise en charge sera évaluée après 4 à 8 semaines :

- en cas de rémission complète, il recommandé de poursuivre le traitement antidépresseur éventuel 6 mois à 1 an après la rémission et poursuivre la psychothérapie éventuellement engagée ;
- en cas de rémission partielle, il est recommandé de poursuivre la psychothérapie et d’augmenter la posologie ou changer le traitement antidépresseur éventuel ;
- en cas de persistance ou d’aggravation des symptômes, il est recommandé de réévaluer le diagnostic et d’envisager un EDC d’intensité sévère.

► EDC d’intensité sévère

En l’absence de critères d’hospitalisation (cf. paragraphe 1.6 Indications d’hospitalisation), il est recommandé d’instaurer le traitement antidépresseur d’emblée et d’orienter rapidement le patient vers un psychiatre pour une prise en charge associant une psychothérapie et un antidépresseur.

L’efficacité de la prise en charge sera évaluée après 4 à 8 semaines :

- en cas de rémission complète, il recommandé de poursuivre le traitement antidépresseur 6 mois à 1 an après la rémission et poursuivre la psychothérapie éventuellement engagée ;
- en cas de rémission partielle ou bien de persistance ou d’aggravation des symptômes, il est recommandé de reconsidérer la prise en charge en concertation avec le psychiatre, voire d’envisager une hospitalisation du patient.

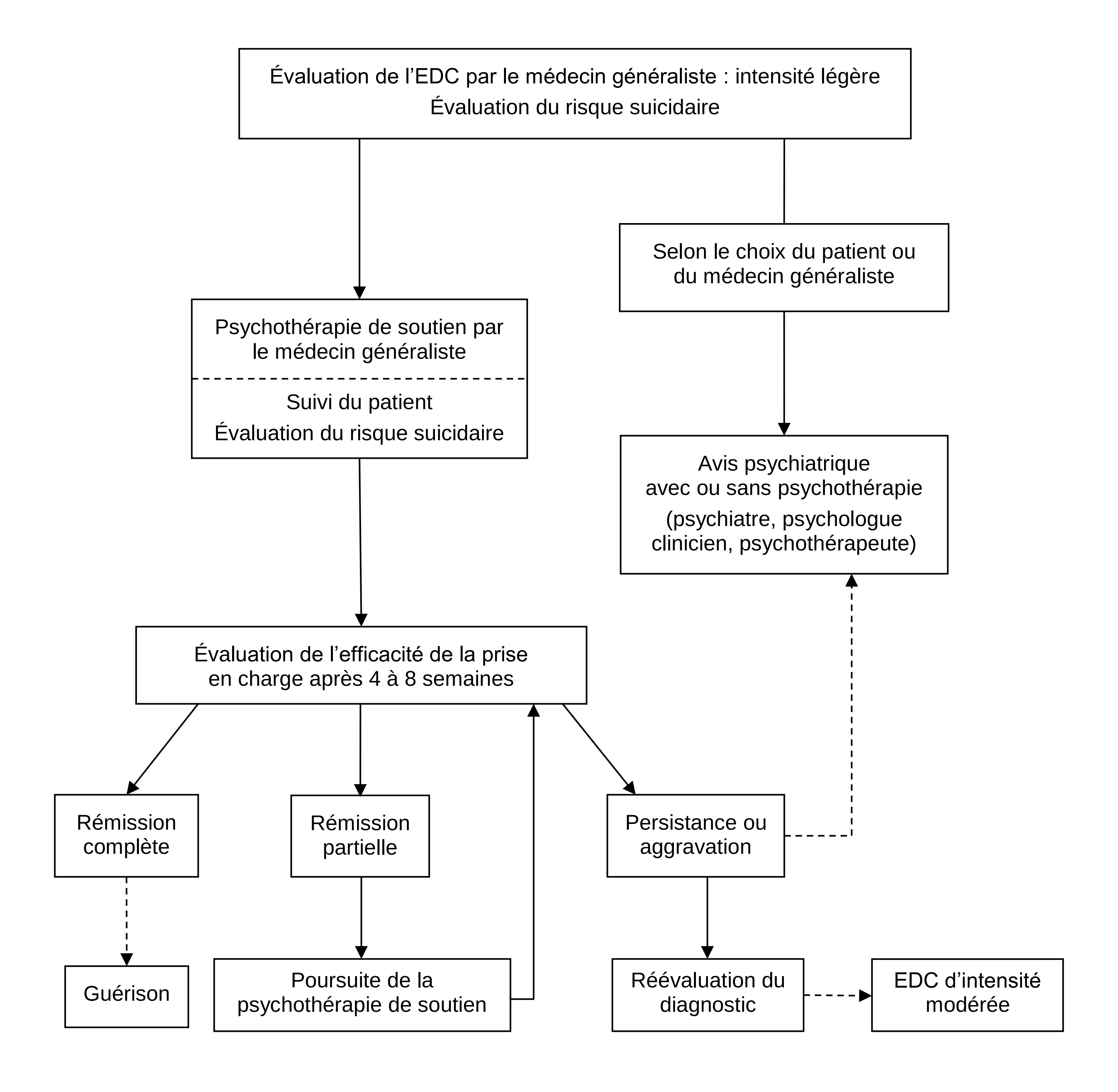


Figure 1. Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité légère de l'adulte

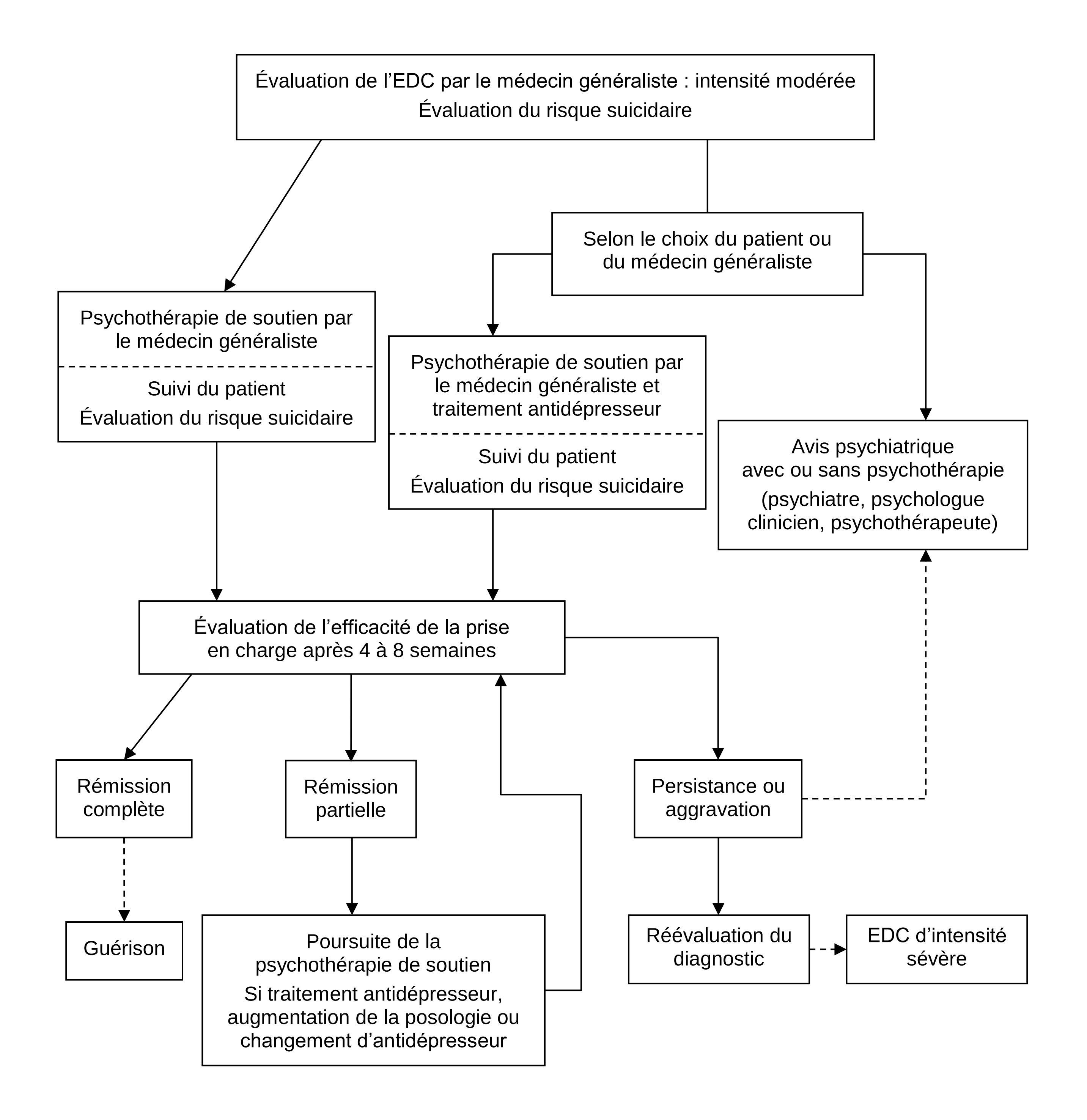


Figure 2. Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité modérée de l'adulte

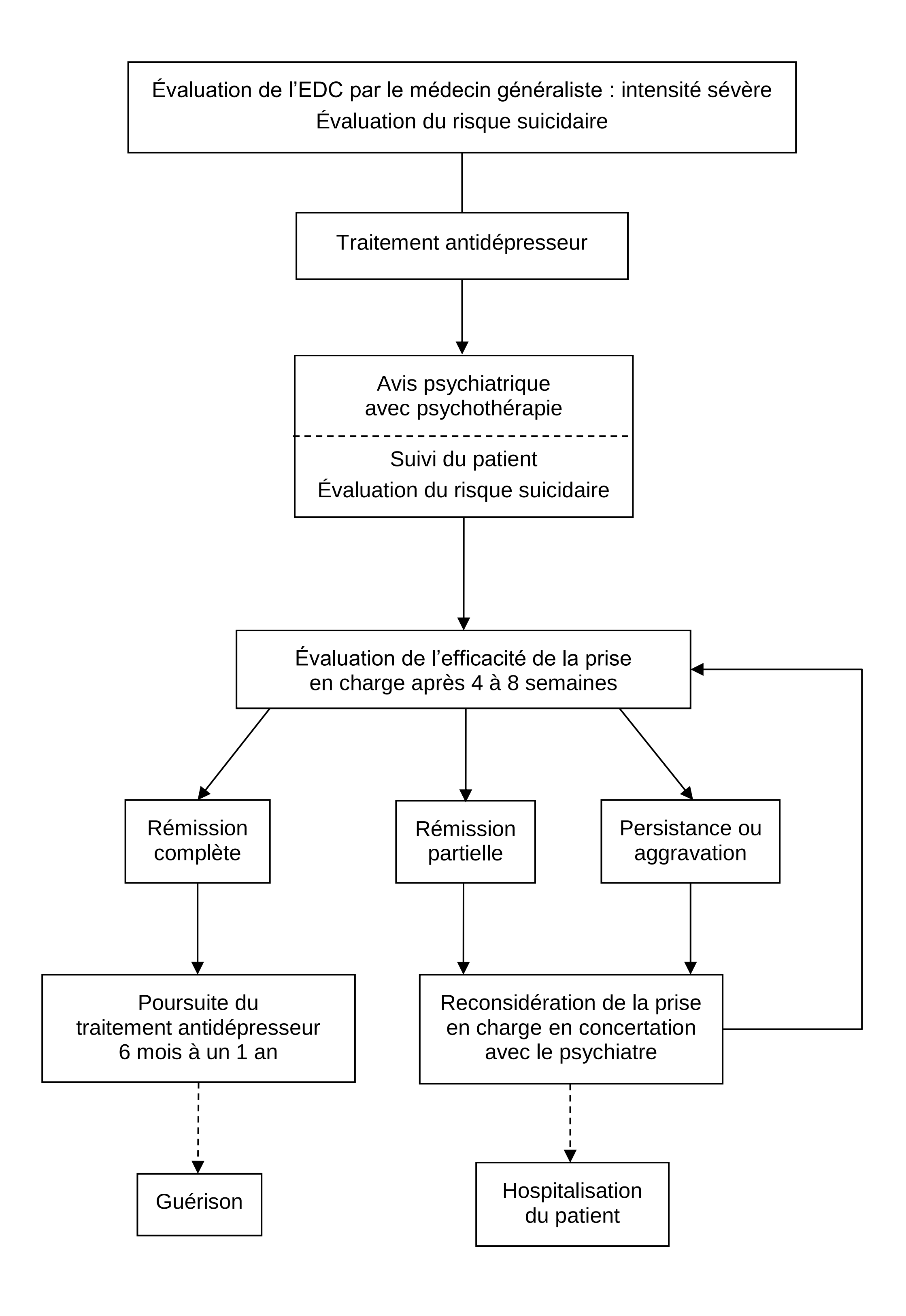


Figure 3. Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité sévère de l'adulte

2.4 Psychothérapie

2.4.1 Principes généraux

Les interventions psychothérapeutiques sont choisies selon :
- le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- la présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient ;
- les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- la disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- les possibilités de prise en charge financière.

Une psychothérapie repose sur un rythme de séances régulièrement suivies et adaptées aux besoins du patient.

Il est recommandé d'évaluer régulièrement l'adhésion et la réponse au traitement.

2.4.2 Différentes approches

Les psychothérapies (individuelles, familiales ou de groupe) les plus usuelles et ayant fait leur preuve d'efficacité sont :
- la psychothérapie de soutien ;
- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)[10] ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies systémiques.

D'autres psychothérapies existent, comme la psychothérapie interpersonnelle (TIP) ou la thérapie d'acceptation et d'engagement.

En l'absence de données comparatives suffisantes, ces psychothérapies peuvent toutes être mises en œuvre.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) rassemblent les données les plus nombreuses (études randomisées contrôlées).

La diversité des approches thérapeutiques permet d'apporter à chaque patient une réponse adaptée.

Les psychothérapies autres que la psychothérapie de soutien sont des psychothérapies structurées, dont les principes sont présentés en annexe 5.

2.4.3 Psychothérapie de soutien

En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien.

La psychothérapie de soutien peut être réalisée par un médecin généraliste ou un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute.

Le soutien psychothérapique propre à la relation de soins est une composante fondamentale du traitement de la dépression et cet accompagnement améliore l'adhésion au traitement médicamenteux.

[10] La thérapie de pleine conscience (« *mindfulness* ») est une TCC indiquée dans la prise en charge de la récidive (récurrence) d'un EDC.

Encadré 2. Caractéristiques d'une psychothérapie de soutien

Une psychothérapie de soutien comprend :

- empathie, confiance et soutien avec écoute active ;
- des actions :
  - un travail de réflexion : clarifier les problématiques, travailler sur l'histoire du sujet, ses émotions, ses perceptions, aider à la résolution de problèmes, etc., dans une dimension directive de conseil, d'information et d'explications,
  - une restauration des investissements et des projets,
  - une programmation précise de rendez-vous dans ce cadre ;
- des collaborations :
  - une vérification et un maintien de l'alliance thérapeutique avec le patient,
  - une relation collaborative impliquant le patient, le conjoint et/ou l'entourage de manière adaptée à la situation, et impliquant la construction d'objectifs communs,
  - une prise en charge psychosociale si nécessaire,
  - des aménagements du travail si nécessaire.

2.5 Traitement antidépresseur

2.5.1 Choix d'un traitement antidépresseur

Les médicaments antidépresseurs sont répartis en cinq classes (cf. liste des antidépresseurs en annexe 6.1) :

- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ;
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ;
- les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent) ;
- les imipraminiques, tricycliques ou non ;
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non de la MAO-A.

Il n'existe pas de différence d'efficacité clinique démontrée entre les différents types d'antidépresseurs pour les patients suivis en ambulatoire.

Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace.

En raison de leur meilleure tolérance, il est recommandé de prescrire en première intention pour un épisode dépressif modéré à sévère : un ISRS, un IRSN, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs », à l'exception de la tianeptine et de l'agomélatine.

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire.

La tianeptine et l'agomélatine sont recommandées en troisième intention, en raison respectivement du risque d'abus et de dépendance de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine.

Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait des leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.

Encadré 3. Éléments à prendre en compte pour le choix d'un antidépresseur

Il est recommandé de prendre en compte les éléments suivants pour le choix d'un antidépresseur, dans le cadre de l'alliance thérapeutique :

- le respect des contre-indications, notamment :
  - les comorbidités somatiques,
  - les interactions médicamenteuses ;
- le risque de létalité lors d'un surdosage ;
- le profil des effets indésirables attendus de l'antidépresseur (ex. : sédation, prise de poids, effets indésirables anticholinergiques) ;
- l'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (ex. : recherche d'une stimulation ou d'une sédation) ;
- la réponse antérieure à un traitement par antidépresseur du patient ou, le cas échéant, de sa famille ;
- la maniabilité de l'antidépresseur – le plus simple à prescrire à dose efficace ;
- le coût.

2.5.2 Suivi et arrêt du traitement

En cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'augmenter la posologie de l'antidépresseur (dose efficace) ou de changer d'antidépresseur.

Il est recommandé de surveiller étroitement le patient par des consultations régulières, plus particulièrement en début de traitement antidépresseur (notamment au bout de la première semaine, puis de la deuxième semaine de traitement), pour rechercher un comportement suicidaire, une agitation ou un autre facteur majorant le risque suicidaire (conflit interpersonnel, alcool, etc.), mais également les effets indésirables somatiques (cf. annexe 6.2). Les effets indésirables éventuels apparaissent en général avant les effets bénéfiques, et doivent donc être anticipés et précisés au patient pour améliorer l'adhésion au traitement. Le patient et son entourage doivent être informés sur le risque suicidaire pour consulter rapidement en cas de modification de l'humeur.

Il est recommandé, pour évaluer la dose minimale efficace des antidépresseurs, de prendre en compte notamment :

- l'âge du patient ;
- ses comorbidités ;
- les traitements concomitants ;
- les effets indésirables attendus de l'antidépresseur.

Un traitement concomitant par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement antidépresseur pour une durée de 2 semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un EDC se situe entre 6 mois et 1 an après rémission, dans le but de prévenir les rechutes. L'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement médical.

Il est recommandé d'arrêter progressivement le traitement antidépresseur, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir le risque de rechute. Il apparaît préférable de choisir une période de stabilité de la vie sociale et affective du patient afin de mieux apprécier le retentissement et la rechute sans mêler plusieurs variables. En outre, un syndrome de sevrage peut apparaître en cas

d'arrêt brutal ou de traitement antidépresseur à demi-vie courte. Dans ce cas, il est souhaitable de rassurer le patient sur le caractère temporaire de ce symptôme, et si nécessaire revenir temporairement à la posologie précédente avant de reprendre un arrêt plus progressif.

2.6 Interventions auprès de l'entourage

Lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, il est recommandé d'informer l'entourage du patient sur les symptômes de la dépression, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression.

Lorsque les membres de l'entourage sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour améliorer l'adhérence du traitement et soutenir l'alliance thérapeutique.

Si la famille ou des aidants sont impliqués dans le soutien du patient déprimé : il est recommandé de :

- fournir une information sur les associations de patients et représentants d'usagers ;
- négocier entre la personne déprimée et sa famille/aidant en ce qui concerne la confidentialité et le partage de l'information.

Les enfants ou toute autre personne dépendant du patient doivent être prises en compte, et une évaluation du risque pour ces personnes doit être faite.

Il est recommandé d'impliquer l'entourage et de légitimer sa parole auprès du patient en soulignant les limites éventuelles si nécessaire. L'entourage est le principal fournisseur de ces types de soutien, incluant :

- soutien émotionnel et aide pour la résolution de problèmes ;
- assistance dans les activités de la vie quotidienne (exemple : courses alimentaires, exécution d'une prescription) ;
- procurer un lieu stable et sécurisé ou rester si besoin ;
- encourager pour les soins personnels élémentaires (s'alimenter régulièrement, hygiène, etc.) ;
- encourager le patient à entreprendre des actes d'autogestion ;
- être une personne contact à appeler en cas de situation à haut risque ou de moment de stress ;
- être positif en ce qui concerne la gestion des « hauts et des bas », ainsi un incident ne sera pas une rechute ;
- accès à des informations pour le patient et sa famille. Accéder à des informations est une composante essentielle de la gestion effective pour le patient et sa famille.

2.7 Spécificités liées aux caractéristiques du patient

2.7.1 Sujet âgé

► Projet de soins

Les stratégies thérapeutiques selon l'intensité de l'EDC sont identiques à celles du patient plus jeune.

Les psychothérapies doivent être proposées aux personnes âgées dépressives car elles sont efficaces et limitées uniquement par la détérioration cognitive. Les psychothérapies peuvent avoir un effet supérieur à celui des antidépresseurs. Il n'existe pas de preuve permettant de privilégier une psychothérapie plutôt qu'une autre.

La thérapie de résolution de problème est adaptée pour traiter une dépression associée avec un dysfonctionnement exécutif important.

Les interventions qui associent les composantes psychologique, pharmacologique et socio-environnementale sont une approche importante.

Une relation de soutien doit être proposée, si besoin, à leurs aidants. L’engagement des membres de la famille et des amis en tant que partenaires des soins est important, aussi bien en tant que sources d’information qu’en tant que sources de rupture d’isolement.

► Suivi du traitement antidépresseur

Il n’existe pas de différence d’efficacité entre les classes d’antidépresseurs dans le traitement de la dépression du sujet âgé.

Le choix de l’antidépresseur se fait de la même manière que chez le patient plus jeune. Il doit être guidé par l’expérience antérieure du patient avec un antidépresseur, les comorbidités et par les effets indésirables de l’antidépresseur. Dans le cas d’une polymédication, si un ISRS est l’option de traitement retenue, celui-ci doit être à un faible risque d’interaction médicamenteuse.

Une vigilance est nécessaire lorsque l’on traite les patients très âgés (> 75 ans).

Chez les sujets âgés, la réponse aux antidépresseurs est plus lente que chez les sujets plus jeunes. Il est recommandé :

- d’instaurer le traitement antidépresseur à dose faible et d’augmenter la dose lentement jusqu’à la dose minimale efficace ;
- de réaliser une évaluation de l’efficacité de l’antidépresseur 6 à 12 semaines après obtention de la dose minimale efficace.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d’un EDC soit d’au moins 1 an après la rémission, car il existe un risque élevé de rechute en cas de comorbidités.

Un sujet âgé traité par antidépresseur doit être surveillé étroitement concernant les effets indésirables médicamenteux. Certains effets indésirables des antidépresseurs sont plus fréquents chez les sujets âgés (perte osseuse, syndrome sérotoninergique, effets anticholinergiques, effet extrapyramidal, hypotension orthostatique, effets cardiovasculaires, nausées, somnolence, risque de chutes et de fractures, hyponatrémie pouvant induire une confusion, saignements gastro-intestinaux, allongement de l’intervalle QT).

Une surveillance de la natrémie est recommandée une semaine après le début d’un traitement par ISRS et après chaque modification de dosage, particulièrement en cas de traitement concomitant par diurétiques ou en cas d’insuffisance rénale.

Les imipraminiques sont exceptionnellement indiqués après 75 ans du fait de leurs effets anticholinergiques pouvant notamment induire une confusion.

En cas de réponse insuffisante au traitement, il est nécessaire :

- d’envisager un problème d’adhésion ou d’observance au traitement, de comorbidités, de prescription de traitements concomitants, de consommation d’alcool en excès, d’isolement, ou d’évoquer un trouble cognitif d’origine organique ;
- d’orienter le patient vers un psychiatre et un gériatre pour avis conjoint.

2.7.2 Femme enceinte ou allaitante

► Éléments de diagnostic

Une femme peut présenter, au cours ou au décours de sa grossesse, un EDC.

Les femmes sans antécédents dépressifs les plus à risque de dépression post-natale sont le plus souvent primipares. Une grossesse non désirée ou de découverte tardive, un contexte de précarité sociale, de séparation du couple parental, d’antécédent d’avortement, d’agression, de maltraitance ou une hospitalisation du nourrisson dans la période postnatale peuvent constituer des facteurs de dépression maternelle.

Il est recommandé de rechercher un EDC, aussi bien en période anténatale que post-natale, chez la femme enceinte mais également le père, voire toute personne en position parentale.

Cette recherche repose sur les critères cliniques. Les outils d'aide au diagnostic suivants peuvent être utilisés : l'*Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS) ou le *Patient Heath Questionnaire*-2 (PHQ-2).

► Éléments de prise en charge thérapeutique et suivi

Les stratégies thérapeutiques selon l'intensité de l'EDC sont identiques à celles de la femme non enceinte.

La thérapie interpersonnelle et la thérapie cognitivo-comportementale rassemblent les données les plus nombreuses (études randomisées contrôlées) pour les dépressions périnatales légères à modérées.

La prise en charge psychothérapeutique de la femme après l'accouchement associe à la psychothérapie un soutien de la mère dans les soins et la relation avec son enfant. Cet accompagnement pluriprofessionnel médico-psychologique est à poursuivre à domicile[11].

En cas d'EDC d'intensité sévère, une hospitalisation dans une unité d'hospitalisation mère-enfant est souhaitable.

Un traitement non médicamenteux (psychothérapie) doit être privilégié, s'il peut être mis en place de manière efficace et continue[12]. Un traitement par antidépresseurs ne doit être utilisé pendant la grossesse que s'il est strictement nécessaire. Les antidépresseurs suivants peuvent être utilisés quel que soit le terme[13] :

- pour les ISRS : fluoxétine, sertraline, paroxétine, citalopram, escitalopram ;
- pour les IRSN : venlafaxine ;
- pour les imipraminiques : clomipramine, amitriptyline, imipramine.

Le choix de l'antidépresseur doit prendre en compte le souhait d'allaitement ou non de la patiente.

En cas de réponse efficace à un antidépresseur antérieurement à la grossesse, il est recommandé de poursuivre avec ce même traitement.

L'équipe obstétricale doit être informée du traitement antidépresseur de la femme enceinte.

La diminution des posologies pour éviter chez le nouveau-né les effets anticholinergiques (cognitifs, cardiaques et digestifs) des antidépresseurs imipraminiques à fortes doses et le syndrome d'arrêt des antidépresseurs, est à mettre en balance avec les risques de rechute ou de récidive chez la mère. Une surveillance néonatale est instaurée dans les jours qui suivent l'accouchement.

L'indication d'allaitement pour une femme traitée par antidépresseurs doit être discutée en fonction du rapport bénéfices/risques pour la mère et pour l'enfant. En cas d'allaitement, les antidépresseurs associés à un passage faible dans le lait et des concentrations sanguines faibles ou indétectables chez les nourrissons allaités sont :

- pour les ISRS : paroxétine, sertraline ;
- pour les imipraminiques : clomipramine, amitriptyline, imipramine.

[11] Cf. recommandation de la HAS : « Préparation à la naissance et à la parentalité »

[12] Cf. point d'information de l'ANSM : « Risque de troubles neuro-développementaux chez les enfants exposés *in utero* à certains antidépresseurs »

[13] Tenir compte des mises à jour régulières du CRAT.

Annexe 1. Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM 5 / comparaison CIM et DSM

Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-5

A : Au moins cinq des symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

A : Au moins cinq des symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.
Spécifier la sévérité actuelle :

L'évaluation de la sévérité repose sur le nombre de critères, la sévérité des symptômes et le degré de l'altération du fonctionnement.

Léger : Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic ; la gravité de symptômes est à l'origine d'un sentiment de détresse mais qui reste gérable, et les

A : Au moins cinq des symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.
symptômes sont à l'origine d'une altération mineure du fonctionnement social ou professionnel.

Moyen : Le nombre et la gravité des symptômes et/ou de l'altération du fonctionnement sont compris entre « léger » et « grave ».

Grave : Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic ; la gravité des symptômes est à l'origine d'une souffrance importante et ingérable, et les symptômes

A : Au moins cinq des symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.
perturbent nettement le fonctionnement social ou professionnel.

Spécifier si :

<u>En rémission partielle</u> : Certains des symptômes du dernier épisode dépressif caractérisé sont présents mais les critères complets ne sont pas remplis, ou il existe une période d'une durée inférieure à 2 mois sans

A : Au moins cinq des symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.
aucun symptôme significatif d'un épisode dépressif caractérisé persistant après la fin de la période.

En rémission complète : Il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de l'affection depuis 2 mois.

Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne

A : Au moins cinq des symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). (NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en 1 mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent l'épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.
NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.
sont pas remplis.

Comparaison des symptômes de l'épisode dépressif d'après la classification CIM-10 et les classifications DSM-IV et DSM-5

D’après la classification CIM-10	D’après la classification DSM
Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir de la CIM-10 nécessitent :	**Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir du DSM nécessitent la présence d’au moins cinq des symptômes suivants :**
La présence d’au moins deux de ces trois symptômes clefs : • humeur dépressive ; • diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ; • réduction de l’énergie ou augmentation de la fatigabilité.	**Au moins l’un des symptômes clés qui est :** • soit une humeur dépressive ; • soit une perte d’intérêt ou de plaisir.
La présence d’au moins un des sept symptômes suivants :	**Et parmi les autres symptômes suivants :**
	Fatigue ou perte d’énergie
Perte de la confiance en soi ou de l’estime de soi	Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive
Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée	
Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n’importe quel type	Pensées de mort, idées suicidaires
Diminution de l’aptitude à penser ou à se concentrer	Difficultés de l’aptitude à penser, de concentration, ou indécision
Modification de l’activité psychomotrice (agitation ou ralentissement)	Agitation ou ralentissement psychomoteur
Perturbation du sommeil de n’importe quel type	Insomnie ou hypersomnie
Modification de l’appétit ou du poids (diminution ou augmentation) avec variation pondérale	Diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids

Annexe 2. Questionnaires pouvant constituer une aide pour le diagnostic et /ou évaluer la sévérité de l'épisode dépressif

Nom	Type	Nombre items / temps remplissage	Outil d'aide pour le diagnostic d'un EDC	Évaluation de la sévérité d'un EDC
PHQ-2	Auto-questionnaire	Constitué de deux questions	Peut être utilisé comme une aide au dépistage d'un EDC, y compris la dépression post-natale	-
PHQ-9	Auto-questionnaire	Constitué de neuf questions	Peut être utilisé comme une aide pour identifier une dépression, y compris la dépression post-natale	Peut être utilisé pour évaluer la sévérité de l'EDC et pour réadapter le traitement*
Beck Depression Inventory (BDI-II)	Auto-questionnaire	21 items. Temps de remplissage de 5 à 10 minutes	Peut être utilisé comme une aide pour identifier une dépression	Peut être utilisé pour évaluer la sévérité de l'EDC
Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Se fait en auto-questionnaire ou en hétéro-questionnaire	Une version de 30 questions, une version abrégée de 15 questions, une forme courte de quatre questions. L'évaluation concerne la semaine écoulée. Temps de remplissage de 5 à 10 minutes selon la version utilisée	Chez le sujet âgé, peut être utilisé comme une aide pour identifier une dépression	-
Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS)	Auto-questionnaire	14 items répartis en une sous-échelle dépression (HADS-D) et une sous-échelle anxiété (HADS-A). Temps de remplissage de 2 à 6 minutes	A l'intérêt d'évaluer la dépression et l'anxiété. Peu d'études disponibles à ce jour en évaluent l'intérêt diagnostique pour la dépression. Cette échelle peut présenter un intérêt chez les patients qui ont des comorbidités somatiques.	Elle n'est pas la plus appropriée pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. Cette échelle ne comporte pas d'item estimant le risque suicidaire.

Nom	Type	Nombre items / temps remplissage	Outil d'aide pour le diagnostic d'un EDC	Évaluation de la sévérité d'un EDC
Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS)	Hétéro-questionnaire	Concerne la semaine écoulée. Nécessite un apprentissage pour être pertinent. Temps de remplissage d'environ 20 minutes	A été conçu pour être utilisé uniquement chez des sujets chez lesquels le diagnostic d'un trouble dépressif est établi.	Peut être un outil d'évaluation de la sévérité de l'EDC et de son évolution. Échelle de référence pour les essais thérapeutiques de médicament. Elle explore toutes les facettes de la dépression.
Montgomery Asberg depression rating Scale (MADRS)	Hétéro-questionnaire	Concerne les 7 jours précédents. Temps de remplissage : environ 15 minutes.	Cet outil n'a pas été conçu comme une aide pour identifier une dépression	Cet outil est conçu et utilisé pour évaluer le changement de la sévérité d'EDC lors des essais cliniques pharmacologiques. Très peu de publications sont disponibles concernant la validité de son utilisation en soins primaires de routine.
Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	Auto-questionnaire	Constitué de dix questions. Temps de remplissage d'environ 5 minutes	Peut être utilisé comme une aide pour l'identification d'une dépression : • post-natale en cas de grossesse à bas risque ; • périnatale en cas de grossesse à haut-risque (une étude nécessitant confirmation)	-

- EDC = épisode dépressif caractérisé
- *= Malgré l'absence d'études de niveau de preuve suffisant disponibles à ce jour

Annexe 3. Exemple de questions à poser au patient pour évaluer l'intention suicidaire

Le patient doit être questionné sur ses pensées suicidaires, avec tact, dans un climat de confiance ; ce questionnement ne renforce pas le risque suicidaire.

- Avez-vous déjà pensé à vous faire du mal ? Si oui, de quelle façon ?
- Pensez-vous que votre vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?
- Souhaiteriez-vous être mort ?
- Avez-vous déjà pensé à mourir ?
- Avez-vous fait des plans pour mettre fin à vos jours ?
- Avez-vous à votre disposition les moyens pour faire cela ?
- Qu'est-ce qui vous retient de mettre en œuvre ces pensées ?

Annexe 4. Cadre de l'alliance thérapeutique

- Expliquer les symptômes et l'évolution de la maladie (aborder le sujet de la stigmatisation et de la discrimination parfois associées à la dépression) ;
- Procurer des informations d'un niveau approprié, dans un langage approprié ; éviter le jargon médical, vérifier la bonne compréhension du patient ; s'aider des documents d'information des associations de patients le cas échéant ;
- Informer sur les possibilités de traitement : psychothérapies et/ou médicaments antidépresseurs, la probabilité de l'évolution des différents traitements ;
- Prendre en compte les valeurs du patient, ses priorités et ses buts dans la discussion des risques et bénéfices des options de traitement ;
- S'assurer que la personne est en mesure de donner un consentement éclairé et valable avant le début du traitement ;
- Argumenter la durée du traitement ;
- Dans le cas d'une prescription, expliquer :
  - les mécanismes biologiques de l'action, la période de latence,
  - les possibles effets indésirables, qui peuvent précéder le bénéfice thérapeutique,
  - la possibilité d'une légère augmentation des idées suicidaires dans le 1er mois. Les patients doivent contacter leur médecin si cela se produit,
  - les possibles interactions médicamenteuses, y compris avec les médicaments d'automédication,
  - la possibilité d'avoir à ajuster le médicament et/ou le dosage pour obtenir un traitement efficace,
  - reconnaître et discuter des préoccupations liées aux antidépresseurs, par exemple développement d'une dépendance, modification de la personnalité, etc. ;
- Concernant le déroulement du traitement :
  - ne pas interrompre le traitement sans en informer le médecin,
  - les symptômes et les effets secondaires,
  - les signes et symptômes précoces de récidive,
  - comment prévenir les rechutes ;
- Accompagner le patient dans la recherche de solutions aux difficultés rencontrées (sociales, familiales, professionnelles, etc.) ;
- Expliquer le protocole de suivi (consultation au cabinet et/ou contact téléphonique) ;
- Renseigner sur les associations de patients et d'usagers, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) etc.

Annexe 5. Différentes psychothérapies structurées : principes

Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives sont des prises en charge de la souffrance psychique *via* une méthode appliquée au cas particulier d'une personne. Elles ont l'avantage de proposer une modélisation du fonctionnement humain basée sur les théories de l'apprentissage. Ainsi, le postulat de base des TCC considère un comportement inadapté comme la résultante d'apprentissages liés à des expériences antérieures survenues dans des situations similaires, puis maintenus par les contingences de l'environnement.

La thérapie visera donc, par un nouvel apprentissage, à remplacer le comportement inadapté par un comportement plus adapté correspondant à ce que souhaite le patient.

Sur le plan cognitif, les TCC cherchent à repérer les pensées inadaptées face aux situations, à identifier les schémas cognitifs profonds et à les remettre en question.

La durée d'une TCC individuelle varie entre 16 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois.

Pour les patients ayant une dépression d'intensité modérée à sévère, deux séances par semaine pour les 2 à 3 premières semaines de traitement sont à envisager.

Pour tous les patients ayant un épisode dépressif caractérisé, les sessions de suivi d'une TCC individuelle consistent en trois à quatre séances réparties sur une période de 3 à 6 mois.

Un traitement antidépresseur doit être envisagé chez les patients qui ont une réponse insuffisante après 12 à 16 semaines.

Les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique

La psychanalyse a pour but de faire revenir au niveau conscient chez le patient, par la parole, les conflits et traumatismes enfouis dans l'inconscient à l'origine de troubles psychiques actuels, **conditionnant l'équilibre psychique et le plaisir ou la difficulté à vivre**. Le psychisme humain fonctionne sur la base des conflits liés au développement de la personne**, ces événements laissant des traces profondes, en partie inconscientes.**

Au cours des psychothérapies psychodynamiques, l'analyste intervient généralement plus, en aidant la personne à parler et à analyser les situations traumatiques du passé ou de ses difficultés relationnelles, et à diminuer les tensions psychiques et l'angoisse.

La durée d'une psychothérapie psychodynamique de court terme est d'environ 16 à 20 séances réparties sur 4 à 6 mois.

Les thérapies systémiques

La thérapie systémique vise à identifier le contexte personnel, familial, social, professionnel, qui a vu l'émergence d'un épisode dépressif comme attitude permettant de montrer la difficulté du patient dans la gestion d'une situation problématique (homéostasie du système qui oblige le patient à exprimer son malaise par une réaction dépressive). Trouver un nouvel équilibre par des changements du système aidera le patient à opérer les changements personnels qui l'aideront à s'améliorer.

La psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle se concentre sur les interactions et les modalités relationnelles du patient qui se trouve dans un contexte social et interpersonnel particulier (conflits interpersonnels, deuils, déficits interpersonnels, changement de statut social), en l'amenant à comprendre le lien de ce contexte avec la dépression.

La durée d'une psychothérapie interpersonnelle varie entre 12 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois.

L'évaluation de la réponse des patients à la psychothérapie interpersonnelle nécessite un suivi régulier, dont un suivi hebdomadaire durant les 4 premières semaines, puis selon les symptômes du patient.

Dans le cas d'un épisode dépressif sévère, il faut envisager deux séances par semaine pendant les 2 à 3 premières semaines de traitement.

Annexe 6. Antidépresseurs indiqués (avec AMM) dans les épisodes dépressifs majeurs[14], c'est-à-dire caractérisés, et leur tolérance

6.1. Différentes classes d'antidépresseurs

- ISRS : citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline ;
- IRSN : milnacipran, venlafaxine, duloxétine ;
- « Autres antidépresseurs » : miansérine, mirtazapine, tianeptine, agomélatine, vortioxétine ;
- Imipraminiques : clomipramine, amoxapine, amitriptyline, maprotiline, dosulépine, doxépine, trimipramine, imipramine ;
- IMAO non sélectifs : iproniazide (indisponible), phénelzine ou tranylcypromine (en ATU nominatives) ; IMAO sélectifs A : moclobémide.

6.2. Effets indésirables des traitements antidépresseurs

Il est recommandé de consulter des sites de référence tels que le site de l'ANSM pour les effets indésirables, les contre-indications, les précautions d'emploi des antidépresseurs.

- **Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**

Le profil d'effets indésirables est principalement constitué de :

- troubles digestifs (dont hémorragies digestives) ;
- troubles neuropsychiques (dont troubles du sommeil, convulsions, etc.) ;
- allongement du QT (en particulier pour le citalopram et l'escitalopram) ;
- syndrome de sevrage à l'arrêt, en particulier pour les ISRS à demi-vies les plus courtes ;
- troubles sexuels ;
- hypersudation nocturne.

Il existe un risque de syndrome sérotoninergique sous ISRS, particulièrement lors de l'association avec d'autres médicaments sérotoninergiques.

La fluoxétine, la fluvoxamine et la paroxétine sont associées à un risque accru d'interactions médicamenteuses.

- **Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)**

En cas de surdosage le risque létal des IRSN parait supérieur à celui des ISRS.

Les effets indésirables les plus communs des IRSN sont similaires à ceux des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Les IRSN sont également plus souvent associés à des effets indésirables qui reflètent l'activité noradrénergique, incluant une augmentation de la pression artérielle, une tachycardie et des troubles du rythme.

Il est recommandé de mesurer la pression artérielle avant la prescription et lors du suivi d'un traitement par IRSN.

Un arrêt brutal des IRSN doit être évité autant que possible en raison du risque de sevrage (lors de l'arrêt du traitement, la dose doit être progressivement diminuée).

La duloxétine est associée à un risque d'atteinte hépatique, notamment au cours des premiers mois de traitement.

- **« Autres antidépresseurs »**

Miansérine et mirtazapine

Le profil d'effets indésirables de la miansérine et de la mirtazapine est surtout constitué de somnolences, prises de poids, arthralgies, myalgies, convulsions.

[14] Le terme « majeur » n'est pas synonyme de sévérité ; il signifie que l'état dépressif correspond aux critères des classifications internationales actuelles (DSM-5 et CIM-10).

Tianeptine

Il est rappelé que la tianeptine est soumise à une partie de la réglementation des stupéfiants pour en limiter le risque d'abus et de dépendance.

Le profil d'effets indésirables de la tianeptine est constitué de troubles neuropsychiques (dépendance, abus, insomnie, cauchemars, etc.), d'effets secondaires anticholinergiques, de troubles digestifs, d'hypotension orthostatique.

Vortioxétine

Il existe peu de recul sur les données de sécurité.

Agomélatine

Le profil d'effets indésirables est constitué d'hépatites et pancréatites, de troubles neuropsychiques (irritabilité, cauchemars, convulsions, vertiges, etc.), et de rhabdomyolyses, crampes, myalgies.

La prescription d'agomélatine chez tous les patients impose un bilan hépatique avant la mise sous traitement, et qui doit être systématiquement contrôlé. Le traitement doit être immédiatement arrêté si le patient présente des symptômes ou des signes évocateurs d'une atteinte hépatique. L'agomélatine est contre-indiquée si les transaminases ≥ 3 × N (normale), en cas d'insuffisance hépatique (cirrhose ou maladie hépatique évolutive), ou chez les patients âgés de 75 ans et plus.

- **Imipraminiques**

Les imipraminiques ont des effets indésirables graves cardiovasculaires (arythmie ventriculaire) et de type anticholinergique (par exemple : rétention urinaire).

Pour les patients avec des facteurs de risque cardiaque significatifs ou âgés de plus de 50 ans, il est recommandé de faire effectuer un ECG avant de prescrire un imipraminique.

En cas de maladie cardio-vasculaire associée, il est recommandé de mesurer la tension artérielle avant de prescrire un imipraminique et de surveiller l'apparition d'une hypotension orthostatique après instauration du traitement.

Le profil d'effets indésirables est également constitué de troubles neuropsychiques (somnolence, convulsions, etc.).

- **Inhibiteurs de la monoamine oxydase A (IMAO-A)**

Les IMAO ont des effets indésirables potentiellement graves (hypotension orthostatique, crises hypertensives, syndrome sérotoninergique, atteintes hépatiques notamment), présentent des risques d'interactions médicamenteuses et nécessitent des restrictions diététiques contraignantes pour le patient.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

Collège de la médecine générale (CMG)*

Collège national de la kinésithérapie salariée

Conseil national professionnel de psychiatrie - Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP)*

Fédération française d'addictologie (FFA)*

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNApsy)*

France Dépression*

Ordre national des pharmaciens*

Société de l'information psychiatrique

Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG)*

Société française de neurologie (SFN)

Société française de physiothérapie

Société française de psychologie (SFP)

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam)

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Anne-Marie Bouldouyre Magnier, médecin généraliste, Paris – co-présidente du groupe de travail

Dr Georges Fischman, psychiatre, Paris – co-président du groupe de travail

Dr Ahou Pascale Cowppli-Bony, neurologue, Bordeaux – chargée de projet

M. Raphaël Wielgo-Polanin, pharmacien, Baugé-en-Anjou – chargé de projet

Mme Joëlle Favre-Bonté, Saint-Denis – chef de projet HAS

M. Emmanuel Nouyrigat, Saint-Denis – chef de projet HAS

Dr Valérie Izard, Saint-Denis – chef de projet HAS

Dr Nicole Bez, médecin généraliste, Lyon

M. Georges Braoudakis, représentant d'usagers, Grenoble

Dr Frédéric Chapelle, psychiatre, Toulouse

Dr Clément Charra, médecin généraliste, Ladoix Serrigny

Dr Khodor Chatila, ANSM, Saint-Denis

Dr Annaïk Fève, neurologue, Paris

Dr Philippe Guillou, médecin généraliste, Strasbourg

M. Grégory Jocteur Monrozier, psychologue clinicien, Grenoble

Dr Christophe Lamisse, psychiatre, Argenteuil

Mme Annie Le Moenner, représentante d'usagers, Paris

Pr Albert Ouazana, médecin généraliste, Saint-Cyr-l'École

M. Mathieu Robin-Vigneras, représentant d'usagers, Bourges

Mme Imène Sahraoui, docteure en pharmacie, Paris

M. Irénée Skotarek, représentant d'usagers, Paris

Dr Frédéric Urbain, médecin généraliste, Montigny-le-Bretonneux

Dr René Wulfman, psychiatre, Paris

► Groupe de lecture

M. David Alapini, docteur en pharmacie, Dunkerque

Dr Bruno Beauchamps, médecin généraliste, Élancourt

Dr Charles Beck, médecin généraliste, Mulhouse

Pr Michel Benoit, psychiatre, Nice

Dr Maurice Bensoussan, psychiatre, Colomiers

Dr Henri Bernard, psychiatre, Althen

Pr Sylvie Bonin-Guillaume, gériatre, Marseille

Dr Serge Bouhana, médecin généraliste, Aigueblanche

Dr Jean-Yves Breurec, addictologue, Pontorson

Dr Fanny Casanova, médecin généraliste, Buis-les-Baronnies

Mme Gladys Charles Palin, psychologue clinicienne, Capesterre Belle Eau - Guadeloupe

Dr Joël Cogneau, médecin généraliste, Saint-Avertin

Dr Olivier Drunat, gériatre, Paris

Mme Claude Finkelstein, représentante d'usagers, Paris

M. Damien Fouques, psychologue clinicien, Paris

M. Francois Hamon, cadre de santé, Romorantin-Lanthenay

M. Pierre Heinis, docteur en pharmacie, Barthenheim

M. Michel Laspougeas, docteur en pharmacie, Mauvezin

M. Benoit-Guillaume Lavaux, docteur en pharmacie, Vénissieux

Dr Michel Lévêque, médecin généraliste, Thann

Pr Pierre-Michel Llorca, psychiatre, Clermont-Ferrand

Dr Claire Meignan, médecin généraliste, Orly

Dr Serge Moser, médecin généraliste, Carspach

Mme Stephany Orain-Pelissolo, psychologue, Paris

Dr Marie Pénicaud, médecin généraliste, Argenteuil

Pr Anne-Sophie Rigaud, gériatre, Paris

Dr Bruno Romeo, psychiatre, Villejuif

Mme Amélie Rousseau, professeur des universités, psychologue, Lille

M. Stéphane Roy, psychologue, Bourges

Dr Yannick Schmitt, médecin généraliste, Strasbourg

Mme Christine Vaillandet, psychologue clinicienne, Brumath

Pr Michel Walter, psychiatre, Brest

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Fiche descriptive

Titre	Épisode dépressif caractérisé de l’adulte : prise en charge en soins de premier recours
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	• Mieux identifier les patients atteints d’un épisode dépressif caractérisé isolé. • Prévenir le risque suicidaire et obtenir un impact positif sur les souffrances psychiques des patients ayant un épisode dépressif caractérisé. • Proposer une stratégie thérapeutique en fonction de la sévérité de l’épisode dépressif caractérisé. • Améliorer la qualité de vie et le handicap de ces patients.
Patients concernés	Les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé isolé. Sont exclus du thème traité : les dépressions de l’enfant et de l’adolescent ; les épisodes dépressifs liés à un trouble organique ; les dépressions réactionnelles ; les troubles de l’adaptation et du stress ; les épisodes psychiatriques antérieurs ou coexistants (troubles bipolaires, signes psychotiques) ; le trouble dépressif récurrent (dépressions récidivantes), les symptômes résiduels de dépression; les dépressions chroniques ou résistantes.
Professionnels concernés	Médecins généralistes, médecins gériatres, médecins du travail et autres professionnels de santé de premiers recours. Autres professionnels, notamment : psychiatres, psychologues cliniciens, psychothérapeutes, infirmiers, etc. Tous professionnels de santé, et travailleurs sociaux (assistantes sociales, etc.) concernés par le thème.
Demandeur	Autosaisine de la HAS
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet, M. Emmanuel Nouyrigat, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic
Recherche documentaire	De janvier 2003 à décembre 2016 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l’argumentaire scientifique) Réalisée par Mme Mireille Cecchin, avec l’aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs de l’argumentaire	Dr Pascale Cowppli-Bony, neurologue, Bordeaux ; M. Raphaël Wielgo-Polanin, pharmacien, Baugé-en-Anjou ; Dr Joëlle Favre-Bonté, chef de projet
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d’usagers, groupe de travail (co-présidents : Pr Anne-Marie Bouldouyre Magnier, médecin généraliste, Paris ; Dr Georges Fischman, psychiatre, Paris), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d’intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d’intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d’analyse du guide des déclarations d’intérêts et de gestion des conflits d’intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en Octobre 2017

Titre	Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique et synthèse de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr